

RM
931
H6G33
1996

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**L'UTILISATION DE L'ÉQUITATION
DANS L'INTERVENTION AUPRÈS DE JEUNES
PRÉSENTANT DES TROUBLES DE L'ATTENTION
ET DE L'HYPERACTIVITÉ**

**par
DOMINIQUE GAGNON**

**Essai présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître en éducation (M.Éd.)
Maîtrise en éducation spécialisée**

NOVEMBRE 1996

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier monsieur Jean-Claude Dupuis, professeur à la faculté d'éducation de l'Université du Québec à Montréal, qui a agi à titre de co-directeur de cet essai en raison de son expertise et de sa vaste expérience en matière d'équitation thérapeutique. Sans lui je n'aurais pu réaliser cette étude. C'est pourquoi je tiens à lui manifester ma reconnaissance de façon toute particulière. Mes remerciements s'adressent aussi à monsieur Henri Mercier, également co-directeur de l'essai et professeur à la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, pour sa grande disponibilité en tout temps, ses commentaires judicieux et l'aide apportée aux multiples étapes de la rédaction. Merci également à madame Nicole Fradette pour avoir participé à la révision linguistique.

Dominique Gagnon

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
RÉSUMÉ	v
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	5
MÉTHODOLOGIE DE LA RECENSION	7
 1. DÉFINITION DES TERMES ET DES APPROCHES OÙ LE CHEVAL EST UTILISÉ COMME MÉDIUM THÉRAPEUTIQUE	 10
1.1 Termes généraux	11
1.2 Contexte médical	12
1.3 Contexte rééducatif	18
1.4 Contexte de sport ou de loisir adapté	23
 2. TROUBLE D'HYPERTACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION	 26
2.1 Définition du trouble	26
2.2 Causes et facteurs associés	34
2.2.1 Facteurs neurologiques	34
2.2.2 Facteurs génétiques et héritabilité	35
2.2.3 Facteurs psychosociaux et environnementaux	36
2.3 Intervention auprès des enfants ADHD	37

3. EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE LA PRATIQUE DE L'EQUITATION	44
3.1 Bienfaits psychologiques et cognitifs	44
3.2 Bienfaits sociaux	48
3.3 Bienfaits physiques	49
3.4 Exercices et activités à cheval	50
3.4.1 Le pansage	50
3.4.2 Exercices de sensibilisation au corps	52
3.4.3 Exercices d'assouplissement	54
3.4.4 Position à cheval	55
3.4.5 Exercice de slalom et figures de manège	58
CONCLUSION	64
RÉFÉRENCES	68
ANNEXE 1: LISTE DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE D'HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION.....	72
ANNEXE 2: FIGURES DE MANÈGE	73
ANNEXE 3: MANÈGE	75

INTRODUCTION

La zoothérapie n'est plus un champ d'intérêt nouveau: on reconnaît maintenant que la présence d'un animal dans la vie de l'être humain a des effets positifs mesurables tant sur sa santé mentale que physique. Les chiens constituent un exemple d'aide et d'affection inestimables pour les personnes non-voyantes ou non-entendantes. De même, l'étonnant petit singe capucin apporte un soutien et une assistance efficaces aux personnes quadraplégiques ou paralytiques ainsi qu'aux victimes de la sclérose en plaques ou de la dystrophie musculaire dans les tâches de la vie quotidienne.

Ce qui est relativement nouveau, cependant, dans le domaine de la zoothérapie, c'est l'utilisation du cheval à des fins thérapeutiques et rééducatives. La sensibilisation à cette méthode de rééducation originale peut se faire lors de stages dans certains centres spécialisés au Canada anglais, aux États-Unis et dans plusieurs pays d'Europe, où cette forme de thérapie est reconnue et utilisée régulièrement. Il est alors possible

d'y observer et d'y expérimenter les échanges entre l'humain et le cheval, échanges qui se révèlent autant de moments intenses de joie, d'entente et de complicité, pour la plupart des enfants et plus particulièrement pour ceux soumis à une thérapie. L'immense générosité de cet animal leurs permet de vivre des émotions intenses et de participer à des expériences inoubliables. Les effets curatifs, tels que l'amélioration de la confiance en soi, du lieu de contrôle interne et du contrôle de soi, sont d'ores et déjà manifestes (Carlson, 1983; Dupuis, Le François et Ménard, 1980-1981) et le deviendront davantage au fur et à mesure que les techniques évolueront.

L'équitation utilisée comme médium thérapeutique existe depuis une trentaine d'année déjà. Plusieurs études très sérieuses (Bertoti, 1983; Carlson, 1983; Cawley, Cawley et Kristen, 1994; Dupuis, Le François et Ménard, 1980-1981; Fox, Lawlor et Luttges, 1984) ont déjà démontré les bienfaits que procure la pratique de l'équitation chez diverses clientèles (carencés affectifs, personnes handicapées physiquement, et autres). Par contre , à notre connaissance, aucune recherche ne s'est attardée au

trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Pourtant, sa prévalence est élevée et son pronostic est réservé lorsque l'on tient compte de sa fréquente concomitance avec d'autres troubles du comportement. Étant donné des résultats mitigés dans le traitement de ce trouble (Barkley, 1991; Gomez et Cole, 1991; Hinshaw, 1992), nous envisagerons ce nouveau moyen de traitement susceptible d'ouvrir, pour ces enfants, une nouvelle voie thérapeutique qui puisse leur apporter de la joie tout en les aidant à réduire leurs difficultés.

La plupart des recherches déjà cités arrivent à des conclusions similaires quant aux bienfaits que procure la pratique de l'équitation, qu'elle soit prise dans un contexte médical, rééducatif ou de sport adapté. De plus, elle convient aussi bien aux enfants qu'aux adolescents ou aux adultes qui manifestent des troubles de comportement ou de la personnalité. Elle s'adresse aussi aux personnes qui présentent des handicaps divers (moteurs, mentaux) ou à des polyhandicapés.

L'objet particulier de notre étude est de démontrer que l'utilisation du cheval comme médium thérapeutique peut

être efficace dans le traitement du déficit d'attention avec hyperactivité (ADHD) chez l'enfant. Nous nous attarderons donc maintenant aux objectifs proprement dits de notre travail.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude comprend trois parties. La première porte sur la définition des différentes approches où le cheval est utilisé comme médium thérapeutique, ce qui permettra de mieux nous situer face à ces dernières.

La deuxième consiste à présenter le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention selon les dimensions suivantes: a) définition du trouble; b) causes et facteurs associés; c) interventions auprès des enfants ADHD.

La troisième partie vise enfin à établir des liens entre l'utilisation du cheval comme moyen thérapeutique et le traitement de la problématique des enfants faisant preuve d'un déficit d'attention avec hyperactivité. Le but de la démarche est de démontrer qu'une telle approche peut avoir des effets curatifs sur l'état des enfants qui présentent des troubles de l'attention, de l'hyperactivité et conséquemment sur les autres problèmes associés à ce trouble. Les plus fréquents étant: de l'impulsivité, des fonctionnements cognitif et moteur

déficitaires; des troubles d'apprentissage; des difficultés relationnelles; une faible estime de soi et un lieu de contrôle externe.

MÉTHODOLOGIE DE LA RECENSION

Pour atteindre les objectifs visés, deux recensions des écrits ont été effectuées. La première concerne l'utilisation du cheval comme médium thérapeutique et la seconde, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. La première recension a été faite à partir des banques de données informatisées Badaduc, Eric, Medline et Psyclit. Les années 1963 à 1994 ont été couvertes par celles-ci. Les descripteurs utilisés sont: *Horse* et *Therapy*.

Dans un premier temps, nous avons utilisé sans exception les écrits de cette première recension - la littérature n'étant pas très abondante dans ce domaine - afin de définir les termes utilisés pour traiter de l'utilisation du cheval comme médium thérapeutique. Par la suite, seules les études portant sur les bénéfices que procure la pratique de l'équitation ont été sélectionnées, dont cinq études empiriques: celles de Bertoti (1989); Carlson (1983); Cawley, Cawley et Retter (1994); Dupuis, Le

François et Ménard (1980-1981); Fox, Lawlor et Luttges (1984).

Deux études d'autres types (texte synthèse portant sur une thèse de médecine, mémoire de psychoéducation) ont aussi été retenues parce qu'elles font état des bénéfices de la pratique de l'équitation, soit celles de Cazaubon (1974); de Gobeil et Ouellette (1985).

La seconde recension a été faite à partir des banques de données informatisées suivantes: Eric et Psyclit. Les années 1974 à 1996 ont été couvertes par ces banques. Les descripteurs utilisés sont: *attention, deficit, disorder, hyperactivity, characteristics, etiology, prevalence et prediction.*

Les études retenues de cette deuxième recherche sont celles comportant le plus d'éléments en ce qui concerne le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention soit: les caractéristiques, les causes, la prévalence et les conséquences à long terme des enfants manifestant ce trouble. Voici donc la liste de ces études, dont six études empiriques, soit celles de Barkley, Fisher, Elderbrock et Smallish (1991); Fisher, Barkley,

Elderbrock et Smallish (1990); Gittleman, Mannuza, Shenker et Bongura (1985); Kenneth, Tarnowski et Nay (1989); Lufi et Parish-Plass (1995); Weiss, Minde, Werry, Douglas et Keneth (1971).

Par ailleurs, huit études d'autres types (monographie, revue de littérature) ont également été retenues pour la pertinence de leurs informations, soit celles de: Abikof et Klein (1992); Barckley (1991); Biederman, Jeffrey et Sprich (1991); Brian, Frderick et Olmi (1994); Hinshaw (1992); Hinshaw, Lahey et Hart (1993); Schwiebert, Sealander et Tollerud (1995); Searight, Nathlik et Campbell (1995).

1.DÉFINITION DES TERMES ET DES APPROCHES OÙ LE CHEVAL EST UTILISÉ COMME MÉDIUM THÉRAPEUTIQUE

Cette partie présente la définition des termes spécifiques aux thérapeutiques utilisant le cheval pour rendre une personne apte à résoudre un problème, qu'il soit d'ordre social, psychologique ou physique. Des généralisations terminologiques ont amené des confusions quant aux différents contextes (thérapeutique, rééducatif ou de loisir) où le cheval est utilisé comme médium thérapeutique. Il importe donc de les repreciser afin d'éviter toutes méprises tant sur l'utilisation des termes que sur les différents types d'approches, celles-ci pouvant servir tantôt à des fins thérapeutiques, tantôt à des fins rééducatives ou de loisirs.

Distinguons tout d'abord le vocabulaire utilisé dans chacun des domaines où l'équitation est utilisée comme moyen thérapeutique, rééducatif ou de loisir. Il existe en effet des approches pour les problèmes d'ordre physique s'adressant aux personnes présentant un handicap permanent, un problème temporaire ou une pathologie

physique qui se caractérisent par un vocabulaire spécifique. Nous retrouvons également un vocabulaire distinct aux approches rééducatives adaptées aux problèmes d'ordre psychologique s'adressant aux personnes qui présentent une déficience mentale, un trouble de la personnalité ou des troubles du comportement et de la conduite. Enfin l'utilisation du cheval uniquement à des fins de sport et de loisir adapté utilise un autre vocabulaire, dont nous ferons mention.

1.1 TERMES GÉNÉRAUX

Voici deux définitions de termes généraux, à savoir l'équitation thérapeutique et la réhabilitation par l'équitation. L'Association canadienne d'équitation thérapeutique (1985) a élaboré une définition de l'expression "équitation thérapeutique" de manière générale, laquelle réfère à tous les domaines où l'équitation est utilisée comme moyen thérapeutique :

L'expression équitation thérapeutique est un terme global, qui inclut toutes les divisions de l'équitation dans lesquelles on met l'accent sur l'enseignement des aptitudes fonctionnelles d'équitation dans un but

thérapeutique. Selon l'invalidité du cavalier, différents professionnels - physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, médecins, enseignants pour déficients mentaux - peuvent avec l'instructeur d'équitation collaborer à l'établissement d'un programme qui permet d'atteindre des buts possibles (physiques, psychologiques, éducationnels) de façon sécuritaire, logique et bénéfique. Le cheval est l'instrument actif dont se sert l'instructeur d'équitation; il encourage le cavalier à atteindre son but (p.i).

En France, le terme réhabilitation par l'équitation relève de notions d'ordres médical et pédagogique; il s'agit d'une méthode complexe qui s'adresse aussi bien aux capacités physique et mental des handicapés et des inadaptés. L'Association nationale HANDI-CHEVAL (1995) la définit comme suit:

Le terme de réhabilitation par l'équitation (R.P.E.) englobe toutes les mesures thérapeutiques, rééducatives et de loisirs utilisant l'effet bénéfique de la mise à cheval et ayant pour but d'assurer une influence pédagogique sur des sujets atteints de handicaps physiques, mentaux ou sociaux (p.1).

1.2 CONTEXTE MÉDICAL

Dans un contexte médical, on dénombre sept types de traitement par l'équitation, en ce qui concerne la

personne handicapée physique. Il existe des traitements de forme passive: l'"hippotherapy" et l'"equine-assisted therapy". En second lieu viennent les traitements de forme active: la "riding therapy" et la "riding as therapy". Enfin, l'on retrouve des traitements conçus spécifiquement pour les troubles neurologiques, soit la "developmental equine-assisted therapy", la "vaulting therapy" et la "developmental riding therapy".

Heipertz (1981) définit comme suit l'"hippotherapy", qui fait partie des traitements de forme passive:

(...) refers to the mainly passive form of therapeutic riding, whereby the patient sits on the horse and accomodates himself to the swinging motions of the horse's back. The movements of the horse's back, wich in all gaits are transfered to the rider's body, serve by and large to relax the rider, strengthen his muscles, and improve his circulation (p.14).

Lors de ce traitement, la personne demeure passivement assise sur le cheval et réagit automatiquement aux balancements tridimensionnels du dos de l'animal. Des exercices de détente font partie de chaque séance. Un effort de concentration doit être soutenu tout au long de l'exercice à effectuer. De plus, le cavalier doit prêter

une attention particulière aux actions et aux réactions du cheval. Un médecin (ou un thérapeute) spécialement formé travaille de façon individuelle avec le cavalier. L'hippothérapie est utilisée pour soigner des personnes qui souffrent de troubles du système nerveux (infirmité motrice cérébrale, sclérose en plaques, traumatisme crânien), des cas de spina bifida, et d'autres troubles de la moelle épinière.

L'"hippotherapy" et l'"equine-assisted therapy" sont considérées comme des traitements similaires. L'"equine-assisted therapy" est reconnue comme un traitement idéal dont les buts sont d'ordres psychologique, motivationnel et sensori-moteur. Riede (1988) définit l'"equine-assisted therapy" comme suit:

the rhythmic movement of the horse's back, together with the physical contact and the motivation created through use of a living exercise apparatus, meets all the requirements of a modern kinesitherapy technique: increased flow of impulses from the periphery through proprioceptive, tactile, and vestibular stimulation; and improved activation of the voluntary motor control loop (periphery-cerebellum-parietal lobe-frontal lobe-periphery (voir Engel, 1992, p.536).

Dans le domaine de la réhabilitation des handicapés physiques, il existe également certains traitements de

forme active. Ils sont composés d'exercices à exécuter sur le cheval. A partir de ces formes de traitements, nous retrouvons deux termes à définir: la "riding therapy" et la "riding as therapy".

La "riding therapy" est constituée d'exercices de physiothérapie prescrits de façon individuelle. Voici quelque exemples des exercices à effectuer : des flexions du tronc vers l'avant et sur les côtés; des étirements; des mouvements de rotation du tronc; des exercices de rotation de la tête et des exercices de respiration coordonnés avec les mouvements. Ces exercices sont exécutés à partir d'un plan de traitement élaboré conjointement par un médecin et un instructeur d'équitation. Voici la définition qu'en fait Heipertz:

(...) we mean individually prescribed, active physiotherapeutic exercise on the horse. The patient not only lets himself be passively influenced by the movement of the horse's back, as he does in hippotherapy, he also actively performs exercises on the horse (Heipertz, 1981, p.21).

Le traitement par la "riding as therapy" comprend des exercices d'aérobic prescrits pour les personnes manifestant des troubles cardio-vasculaires. Ils doivent

s'effectuer sous une supervision médicale et Glasow (1984) en donne la définition suivante:

(...) refers to riding for its preventative or rehabilitative value. This type of riding is used as a form of controlled aerobic exercise under medical supervision and is sometimes recommended for patients with heart, circulatory, or respiratory diseases (voir DePauw, 1986, p.219).

Nous constatons que ce qui distingue la "riding therapy" de la "riding as therapy", c'est la forme des exercices à accomplir à cheval.

Toujours dans le domaine de la réhabilitation physique, et spécifiquement dans le traitement des troubles neurologiques, nous retrouvons trois approches : la "developmental equine-assisted therapy", la "vaulting therapy" et la "developmental riding therapy".

La "developmental equine-assited therapy" est caractérisée par sa thérapie neuro-évolutive (NDT). Glasow (1985) affirme que:

le but final chez tout patient affecté de troubles neuromoteurs est d'en améliorer la capacité d'effectuer des activités motrices volitives complexes. Selon le modèle NDT du mécanisme postural réflexé, ces capacités se

basent sur, et se superposent aux réponses posturales automatiques des réactions de correction, d'équilibre et de protection. Dans le développement normal, ces réponses se développent selon des séquences bien définies.

Engel (1992) définit cette approche comme "a specific treatment method, using NDT treatment techniques, which is carried out by a specially trained physical or occupational therapist during a treatment session with a client with neuromuscular dysfunction (p.32)."

Quant à la "vaulting therapy", elle est utilisée par un thérapeute soit avec une méthode de traitement neuromotrice ou avec une méthode psychosociale (Engel, 1992). Des exercices de relaxation, d'étirement et de mise en forme la caractérisent: " The integration by therapists of neurophysical or psychosocial treatment procedures with exercises and vaulting to gain specific medical goals. Vaulting therapy is a part of equine-assisted therapy (p.34)."

Il existe une approche qui aborde l'équitation comme moyen de développement. Il s'agit de la "developmental riding therapy". Ce type d'équitation a été conçu autant pour des enfants peu ou gravement handicapés sur le plan physique que pour des enfants multihandicapés ou

présentant des problèmes cognitifs, perceptifs et moteurs. Cette approche est fondée sur une base neurologique et tient compte du développement normal de l'être humain. Elle représente la forme d'équitation la plus complexe et la plus subtile. Un groupe d'experts en réhabilitation et en équitation la dirige. Voici la définition que Spink (1990) en donne à partir de son expérience et de ses travaux :

Developmental Riding Therapy (D.R.T.) is distinctly designed to address clients with deficits in learning, language, behavior, cognition, and/or general movement competency. D.T.R. can be a complement to hippotherapy or a much needed transition between these specific medical techniques and the group work which characterizes psycho-education and sport or therapeutic recreation. It also serves as an entry point for clients whose skills are not yet developed enough for remedial group riding or gymnastic vaulting (voir Engel 1992, p.598).

1.3 CONTEXTE RÉÉDUCATIF

Dans un contexte de rééducation, il existe cinq types de traitement qui s'adressent aux personnes présentant une déficience mentale, un trouble de la personnalité ou des troubles du comportement et de la conduite. Il s'agit: 1)

de la rééducation par l'équitation, 2) de l'équitation thérapeutique, 3) de la "vaulting", 4) de la "remedial riding and vaulting" et 5) de l'équitation curative éducative.

La rééducation par l'équitation (R.P.E.) et l'équitation thérapeutique sont utilisées pour des clientèles éprouvant un handicap physique ou un handicap mental (problèmes psychologiques ou psychosociaux). La rééducation par l'équitation a fait l'objet d'un livre intitulé La rééducation par l'équitation. Les auteurs de cet ouvrage (De Lubersac et Lallery, 1973) considèrent que la R.P.E est une thérapie (une façon de soigner), qu'elle est avant tout une méthode de rééducation ou d'éducation spécialisée. Ils la définissent comme suit:

La R.P.E. est une méthode thérapeutique, globale et analytique, extrêmement riche, qui intéresse l'individu dans son complexe psychosomatique, qu'elle soit pratiquée avec des handicapés physiques ou des handicapés mentaux (p. 10).

Il importe ici de faire une distinction entre deux définitions de l'équitation thérapeutique. D'une part, l'expression équitation thérapeutique est définie différemment par l'Association canadienne d'équitation

thérapeutique, qui la considère comme un processus global. D'autre part, l'équitation thérapeutique est définie par Dupuis, Le François et Ménard (1980-1981) comme une méthode où l'on utilise les relations établies entre le cavalier, le cheval et le thérapeute en vue d'un résultat thérapeutique. Voici comment ces trois auteurs la définissent:

L'équitation thérapeutique est une méthode qui utilise certaines techniques de dressage, une pédagogie originale et une relation triangulaire (sujet - cheval - thérapeute) en vue du mieux-être physique ou mental d'un individu (p.45).

Les méthodes suivantes : la "vaulting", la "remedial riding and vaulting", les voltiges et l'équitation thérapeutique ainsi que l'équitation curative-éducative sont employées avec une clientèle qui manifeste des troubles de comportement et de conduite. Le cheval est utilisé comme médium thérapeutique de manière à exercer des changements positifs sur le comportement d'enfants ou d'adolescents.

La voltige se compose d'exercices de gymnastique à effectuer sur le cheval et, selon d'autres auteurs, (Heipertz, 1981; Engel, 1992), elle s'emploie

principalement dans le cas des enfants qui présentent des troubles de comportement. A cet égard, De Pauw (1986) rapporte:

(...) refers to the performance of gymnastic exercises on horseback. This may take the form of balance and movement activities on the top of the horse. According to Heipertz (1981), vaulting's main objective is to correct the child's behavior problems (p.219).

A partir de leur définition des voltiges et de l'équitation thérapeutique, tous ces auteurs s'entendent sur le plan de l'intervention pédagogique et psychologique, quoique De Pauw (1986) ne parle pas d'intervention psychologique. De Pauw (1986) et Kroger (1985), cité plus loin, indiquent que le cheval sert d'intermédiaire en vue d'amener des changements positifs dans les comportements. Tandis que Engel (1992) parle d'activités équestres adaptées pour aider le client dans l'acquisition de buts pédagogiques et psychologiques.

Pour De Pauw (1986), la "Remedial Riding and Vaulting" s'adresse aux enfants et aux jeunes présentant des troubles de comportement:

Remedial Riding and Vaulting includes educational methodology that involves the horse as the medium through which to exert positive changes in the behavior of children

and youth with behavioral disorders. Recent emphasis has been placed upon the development of and/or changes in language and sensory-motor function (p.219).

Par ailleurs, Engel (1992) n'a pas spécifié de clientèle; selon elle, cette thérapie s'adresse au client en général: " Riding activities which are adapted to help the client gain educational and psychological goals under the direction of a speciality trained educator or therapist (p.33)."

Pour Kroger (1985), les voltiges et l'équitation thérapeutique ne s'adressent pas seulement aux enfants et aux adolescents, mais aussi aux adultes. Les groupes-cibles sont : les porteurs d'un handicap d'apprentissage, mental et sensoriel, les caractères "normodoués" et les patients psychiatriques:

Les voltiges et l'équitation thérapeutique comprennent les formes d'intervention de type pédagogique et psychologique, dans lesquelles les enfants, les jeunes et les adultes peuvent commencer un changement positif de leur comportement par un auto-contrôle direct avec le "cheval" comme moyen et ils peuvent s'entraîner à un comportement social productif. En outre les déficits et les déformations au niveau moteur, cognitif et psychique, peuvent être abordés d'une manière visée selon l'individu. (voir Cinquième congrès international sur l'équitation thérapeutique).

L'équitation curative-éducative a été conçue pour les enfants handicapés présentant des troubles de comportement et de socialisation. Cependant, les capacités perceptrices, motrices et cognitives sont aussi des éléments au centre de cette approche. Selon Spink (1985) :

L'équitation, pratiquée dans un but curatif, éducatif et de développement, appartient au secteur des activités psychoéducatives. C'est ainsi que des éducateurs, des psychologues, des moniteurs spécialisés et des experts en réhabilitation l'utilisent en tant qu'instrument en vue de la réalisation d'objectifs thérapeutiques ou éducatifs. Le but principal de cette activité consistant en l'aspect curatif, on ne tient nullement compte des règles du sport équestre en tant que performance stylisée (...). (Voir Cinquième congrès international sur l'équitation thérapeutique.)

1.4 CONTEXTE DE SPORT ADAPTÉ

Cette section présente la définition d'un terme qui ne correspond pas en tant que tel à une approche ou à un traitement thérapeutique. Il s'agit plutôt de l'adaptation du loisir équestre ou de l'équitation sportive aux personnes souffrant d'un handicap ou présentant une inadaptation affective. Il permet une utilisation de la relation individu-cheval, de manière à

ce que cette dernière soit motivante pour la vie personnelle et sociale du sujet présentant un handicap ou une inadaptation:

Riding for the disabled, or riding as a sport for those with disabilities serves to train and strengthen physical functioning as well as to help create positive mental attitudes. Riding can enhance one's integration into the community. In partnership with a horse, the individual with a disability can attempt to achieve and perform in the sport of riding as would an able-bodied person. Sport riding includes recreational riding, driving, riding holidays, and competitive riding. Although the intention of a sport riding is not necessarily a therapeutic one, therapeutic benefits are often realized as a result (DePauw, 1986, p.219).

Notons que l'équitation, comme sport adapté, diffère de l'ensemble des approches définies ci-dessus en ce sens que le but de la pratique de ce sport n'est pas nécessairement thérapeutique. Toutefois, la pratique de l'équitation procure de nombreux bienfaits de plusieurs ordres : social, psychologique et physique.

L'utilisation du cheval à des fins thérapeutiques ou rééducatives n'est pas une panacée. Cependant, si elle est structurée avec une rigueur théorique et clinique et fondée sur des règles claires et strictes, elle devient

un moyen thérapeutique remarquable et un outil d'intervention clinique original. Ce qui en fait une forme de thérapie privilégiée, c'est avant tout la présence du médium qu'est le cheval. L'animal représente un élément stimulant et motivateur dans l'amorce d'un processus de rééducation. La pratique de l'équitation fait en outre appel à la participation de tout l'organisme et, enfin, les aspects relationnels et de communication entre le cavalier et son cheval apportent des bienfaits reconnus à tous ceux qui peuvent en profiter.

2. TROUBLE D'HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION

Nous porterons maintenant notre attention sur un syndrome particulier, soit le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHD), où l'utilisation du cheval peut être des plus pertinentes (comme nous le verrons ci-après). Pour l'instant, nous procéderons à la définition du trouble ADHD et tenterons d'exposer les causes et les différents facteurs qui y sont associés. Cette section présentera enfin les interventions possibles auprès des ADHD et l'efficacité des traitements.

2.1 DÉFINITION DU TROUBLE

La définition du trouble ADHD fera mention de sa prévalence qui atteste de la pertinence sociale de s'y attarder et de traiter les enfants qui en sont atteints. De plus, elle fera part de ses principales caractéristiques et de sa concomitance avec d'autres troubles de santé mentale indicateurs potentiels du développement ultérieur du trouble ADHD.

Décrit pour la première fois en 1845 par le physicien allemand Henreich Hoffman, l'hyperactivité a fait, depuis ce temps, l'objet de nombreuses études. Comme il sera démontré au cours de cette partie, le trouble ADHD est une affection courante et affligeante. De plus, le pronostic quant aux enfants atteints est préoccupant sur divers plans (scolaire, social, et autres) et laisse entrevoir une évolution grave (personnalité antisociale, trouble de conduite, abus de substances) lorsqu'il y a présence de symptômes concomitants. En considérant l'ampleur de cette problématique, il apparaît essentiel et pertinent de s'attarder à ce trouble, de proposer un nouveau moyen d'intervention favorisant la résolution des conflits que ces jeunes vivent dans les interactions qu'ils ont avec leur environnement et de les guider ainsi vers un bien-être physique et psychologique.

Le trouble ADHD est une cause de référence fréquente. Il a un impact énorme sur la société en ce qui concerne le coût, le stress occasionné aux familles, les perturbations scolaires, l'éventuelle possibilité de criminalité et d'abus de psychotropes (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991). Plusieurs auteurs (Brian, Frederick & Olmi, 1994; Schwiebert, Sealander & Tollerud 1995;

Searight, Nathlik & Campbell, 1995) ont évalué que le trouble affecte de trois à cinq pour cent des enfants d'âge scolaire de niveau primaire. Pour sa part, Barkley (1991) indique qu'un accord semble exister sur le fait que trois pour cent de la population d'enfants souffrent d'un ADHD. D'après les études de ces auteurs, le trouble est plus fréquent chez les sujets masculins que chez les sujets féminins. Toutefois, la proportion varie considérablement selon les recherches: de 2 garçons pour 1 fille à 10 garçons pour 1 fille, avec une moyenne de 6 garçons pour 1 fille. Ces données proviennent d'échantillons de groupes cliniques. En ce qui concerne les études épidémiologiques, elles révèlent une proportion approximative de 3 garçons pour 1 fille parmi la population d'enfants non référés démontrant de nombreux signes de ce trouble (Barkley, 1991).

L'âge d'apparition se situe autour de quatre ans. Cependant, la moitié des enfants atteints démontrent les premiers signes de difficultés avant cet âge. La plupart des enfants sont diagnostiqués lors de leur entrée à l'école primaire, c'est-à-dire vers six ou sept ans (Brian et al., 1994; Schwiebert et al., 1995). Pour que le diagnostic du trouble ADHD soit posé, la perturbation

doit persister au moins six mois. Par la suite, au moins huit sur quatorze symptômes permettant de diagnostiquer le trouble doivent être présents (voir la liste des critères diagnostiques, Annexe 1, p.72).

Un certain nombre d'autres problèmes sont associés au trouble ADHD et varient en fonction de l'âge du sujet. Plusieurs auteurs (Barkley, 1991; Brian et al., 1994; Schwibert et al., 1995; Searight et al., 1995; Weiss, Minde, Werry, Douglas & Nemeth, 1971) rapportent les problèmes fréquemment associés à ce trouble. Il s'agit de difficultés d'apprentissage, de relations conflictuelles avec les parents et les professeurs, du rejet de leurs pairs, de symptômes de dépression. On note aussi des problèmes d'anxiété, une faible estime de soi, des fonctionnements cognitifs et moteurs déficitaires, des troubles de langage, des comportements sociaux dérangeants et des problèmes de sommeil. Soulignons enfin que les enfants ADHD ont une personnalité avec un lieu de contrôle externe, ce qui est confirmé par deux études, soit celle de Kenneth et Nay (1989) ainsi que celle de Lufi et Parish-Plass (1995). Nous entendons par lieu de contrôle la perception qu'a l'individu en regard de son

contrôle sur l'environnement. Les personnes ayant un lieu de contrôle externe perçoivent les circonstances des événements comme indépendantes de leur contrôle personnel. Tandis que les personnes ayant un lieu de contrôle interne perçoivent leurs actions comme dépendantes de leur contrôle personnel et non des circonstances des événements.

Tel que rapporté dans les écrits, le trouble ADHD se présente rarement seul, la prévalence des syndromes concomitants étant de 20 à 60% pour les troubles des conduites et opposition (Abikof et Klein, 1992). Biederman et al.(1991) relèvent la concomitance des diagnostics de cinq troubles fréquemment associés au trouble ADHD. Ces syndromes concomitants sont le trouble des conduites, d'opposition, de l'humeur; les problème d'anxiété et d'apprentissage. Ce qui indique que le trouble ADHD comprend des aspects distincts de comportements externalisés. Nous entendons par comportement externalisé l'absence de contrôle ou d'agir s'exprimant par l'inattention, l'impulsivité, l'hostilité, l'hyperactivité et l'agressivité (Hinshaw, Lahey & Hart, 1993).

Abikof et Klein (1992); Hinshaw (1992), Hishaw et al. (1993); Searight et al. (1995) ont étudié la présence d'une concomitance des diagnostics du trouble opposition et du trouble des conduites chez les enfants et les adolescents hyperactifs. Ils en arrivent à la conclusion que cette concomitance des symptômes révèle un diagnostic plus sévère: on observe plus d'agressions physiques, de rejet des pairs, de retard académique, de difficulté scolaire et de désordre internalisé (anxiété, isolement, retrait social, dépression). De plus, elle accroît le risque de désordres antisociaux ultérieurs.

En ce qui concerne le pronostic, plus de 75% des adolescents diagnostiqués ADHD alors qu'ils étaient enfants continuent d'éprouver des problèmes d'ajustement à l'école ou au travail, dans la famille et dans la société (Barkley, 1991). Leur faible ajustement scolaire se traduit par la détérioration générale de la conduite à l'école, les échecs scolaires, la suspension ou l'expulsion et le renvoi (Fisher, Barckley, Eldelbrock & Smallish, 1990). Les études longitudinales ont démontré que les problèmes scolaires des enfants persistent à l'adolescence et qu'ils sont associés à l'abandon scolaire (Biederman et al., 1991). A la maison, ils ont

des interactions négatives avec leur mère et de nombreux conflits familiaux sont surtout occasionnés par une irresponsabilité à l'adolescence en ce qui concerne les tâches de routine (Barkley, 1991; Barkley et al., 1991). Le diagnostic ADHD indique aussi un facteur de risque quant au développement du trouble des conduites et de l'abus de drogues à la fin de l'adolescence et à la période où "l'hyperactif" est jeune adulte (Abikof et Klein, 1992; Gittelman, 1985). De plus, la concomitance des symptômes (ADHD-trouble des conduites-opposition) peut être un indice de risque pour ce qui est de la progression du trouble des conduites et du développement de comportements antisociaux sévères (Hinshaw, 1992; Hinshaw et al., 1993).

A l'adolescence, les symptômes de l'hyperactivité sont toujours présents chez 30 à 70% des jeunes qui ont reçu un tel diagnostic durant l'enfance (Searight et al., 1995). Selon l'étude longitudinale de Gittelman (1985), les symptômes persistent dans 31% des cas. Toutefois, on observe une diminution de l'intensité des symptômes (Weiss, Minde, Werry, Douglas & Nemeth, 1971). Selon Searight et al. (1995), il peut y avoir chez certains adolescents une détérioration de la

concentration et de l'attention causée par un manque d'organisation et des difficultés spatio-temporelles. Selon l'étude longitudinale de Weiss et al. (1971), 70% des adolescents hyperactifs souffrent d'immaturité émotionnelle; ils ont une faible estime de soi; ils sont incapables de maintenir des objectifs et éprouvent un sentiment de désespoir. Ils n'ont pas de grandes attentes quant à leur projet de vie. De plus, des comportements antisociaux sont observés chez 25% d'entre eux.

Jeunes adultes, ils continuent de démontrer des symptômes du trouble dans une proportion de 60% (Barkley, 1991). Selon Fisher et al. (1990), les comportements déficients persistent à l'âge adulte et ont des répercussions négatives considérables dans plusieurs domaines: professionnel, social et conjugal. De plus, il y a présence de symptômes de la dépression (Barkley, 1991; Brian, 1994) et 25% des sujets ont, selon les diagnostics, une personnalité antisociale (Barkley, 1991; Brian et al., 1994; Searight et al., 1995). L'estime de soi est faible chez ces adultes et les problèmes personnels continuent à leur être néfastes dans 75% des cas (Barkley, 1991).

2.2 CAUSES ET FACTEURS ASSOCIÉS

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer les symptômes présentés par les enfants ADHD, mais la cause exacte reste toujours inconnue. Schwiebert et al. (1995) rapportent que la plupart des chercheurs sont d'avis, selon toute probabilité, qu'il s'agit d'une cause multifactorielle. La combinaison des facteurs liés à l'hyperactivité semble être en interaction à divers degrés. On parle ainsi de facteurs neurologiques, de facteurs génétiques et d'hérédité, de facteurs psychosociaux et environnementaux.

2.2.1 Facteurs neurologiques

Les principales études sur les facteurs neurologiques ont investigué des lésions neurologiques après les avoir soupçonnées d'être les causes principales. Mais, par la suite, on a démontré que moins de cinq pour cent des enfants ADHD démontraient des lésions neurologiques. Barkley (1991) et Searight et al. (1995) rapportent qu'il s'agit, dans le cas de ces jeunes, d'un dysfonctionnement des neurotransmetteurs dû à la dopamine. Celle-ci serait responsable d'un ralentissement du fonctionnement du

cerveau et du contrôle de certains comportements (contrôle de l'attention, de l'impulsivité, de l'activité motrice, de l'obéissance aux règles et du rendement au travail). Une diminution de l'irrigation cérébrale dans le système limbique préfrontal pourrait aussi jouer un rôle dans cette affection (Barkley, 1991; Schwierbt et al., 1995; Searight et al., 1995). La consommation de drogue ou d'alcool, le tabagisme durant la grossesse, une nutrition et des soins périnataux inadéquats, des complications survenant durant la grossesse ou lors de l'accouchement peuvent augmenter les risques de signes neurologiques dit "légers". Ceux-ci comprennent une faible coordination, une faible motricité fine et une faible motricité globale ainsi que des difficultés d'équilibre (Barkley, 1991; Schwierbert et al., 1995; Searight et al., 1995).

2.2.2 Facteurs génétiques et héritabilité

Le rôle de l'hérédité a été considéré comme cause de la transmission des symptômes à travers les générations. Les études de Biederman et al. (1986: voir Barkley, 1991) et de Deutsch, Swanson et Bruell (1982: voir Barkley, 1991)

indiquent qu'entre 20 et 32% des autres membres de la famille immédiate ont déjà présenté les mêmes symptômes.

2.2.3 Facteurs psychosociaux et environnementaux

Selon l'étude longitudinale de Barkley et al. (1991), la présence de comportements agressifs, hostiles et défiants est prédite par le degré d'agressivité durant l'enfance et par le degré de directivité de la mère lors des interactions mère-enfant. Des recherches conduites par Campbell et Redfering (1979: voir Dubé, 1992) et Goyette et al. (1978: voir Dubé, 1992) n'ont pas démontré de relation significative entre l'hyperactivité et des variables socio-démographiques telles que la taille et le revenu de la famille, le degré d'instruction, l'âge ou le statut marital des parents. Par ailleurs, les recherches de Trites et de ses collaborateurs (1979: voir Dubé, 1992) démontrent une fréquence plus élevée de cas d'hyperactivité dans les milieux défavorisés.

Des études de Biederman et al. (1987: voir Barkley, 1991) et de Cantwell (1975: voir Barkley, 1991) portant sur des observations faites chez les parents biologiques d'enfants ADHD démontrent que ces parents ont une plus

forte proportion de problèmes de santé mentale (dépression, alcoolisme, problèmes de conduite, hyperactivité), de difficultés maritales et de tension émotionnelle que les parents d'enfants qui ont un développement normal. Les recherches de Streissguth, Martin, Barr, Sandman, Kirchner et Darby (1984: voir Barkley, 1991) concluent sur des liens positifs et significatifs entre les facteurs environnementaux et la sévérité des symptômes. Les colorants, les additifs et les sucres ont aussi été associés à ce trouble comme cause directe et comme facteurs aggravants. Toutefois, les diverses études concluent qu'il n'y a aucune association significative entre les facteurs alimentaires et l'hyperactivité.

2.3 INTERVENTION AUPRES DES ENFANTS ADHD

Parallèlement aux études menées sur l'hyperactivité, on a cherché à trouver des moyens de soulager les personnes atteintes en leur prescrivant une médication appropriée ou une forme de traitement psychosociale. La section suivante présente les résultats des études portant sur l'efficacité des interventions auprès des enfants ADHD.

Nous traiterons des interventions les plus étudiées et, par le fait même, les plus utilisées: la pharmacothérapie, la thérapie comportementale, la thérapie cognitive et les programmes d'entraînement pour les parents d'enfants ADHD.

La pharmacothérapie est le type de traitement le plus fréquemment prescrit. Il s'agit de la modalité de traitement qui a fait l'objet du plus grand nombre de recherches pour les troubles de comportement chez ces enfants. Abikoff et Klein (1992) rapportent qu'une importante part de la littérature confirme l'efficacité de la pharmacothérapie dans la réduction des symptômes primaires. Dans leur revue de la littérature sur les solutions de traitements du trouble ADHD, Gomez et Cole (1991) rapportent qu'approximativement 70 à 80% des enfants diagnostiqués ADHD répondent positivement à la médication stimulante. Les recherches de Douglas, Barr, O'Neill et Britton (1986: voir Gomez et Cole, 1991) ont démontré des améliorations en ce qui concerne les difficultés scolaires et les comportements, ce qui découle de l'augmentation de l'attention et de la baisse de l'impulsivité que la médication procure. Ces recherches ont aussi révélé que l'effet se situe

seulement à court terme sur les comportements et les interactions sociales. D'autre part, 30% des enfants traités par la médication stimulante ne répondent pas favorablement à ce traitement qui, par ailleurs, comporte des effets secondaires (insomnie, humeur irritable, tics, réduction de l'appétit, développement déficitaire, abus et dépendance aux médicaments). Enfin, les études concluent en recommandant d'ajouter à la pharmacothérapie un autre type d'intervention pour aider davantage le jeune dans l'acquisition d'habiletés sociales et scolaires (Gomez et Cole, 1991; Shwiebert et al., 1995).

Par suite de leurs études sur la médication, les chercheurs ont observé que celle-ci avait très peu d'impact sur les aspects importants des capacités cognitives tel que le raisonnement, la résolution de problème et l'apprentissage. C'est à la suite de leurs observations que ces chercheurs ont créé la thérapie cognitive. Cette thérapie a pour but d'améliorer les perceptions et les réponses de l'enfant ADHD au travail mental et à son vécu social en lui enseignant des habiletés cognitives telles que les stratégies de résolution de problème et des réponses sociales appropriées (Gomez et Cole, 1991). Les recherches de

Brown, Wynne et Medenis (1985: voir Gomez et Cole, 1991) et de Abikoff et Gittelman (1985: voir Gomez et Cole, 1991) ont démontré qu'un programme d'entraînement cognitif n'est pas une solution de remplacement ou un complément significatif à la pharmacothérapie. Aucun progrès évident n'a été démontré au niveau de l'efficacité de cette thérapie.

A la suite de thérapies behaviorales, on a observé des progrès importants dans les comportements des enfants ADHD (Gomez et Cole, 1991). Il ressort, cependant, que la plupart des enfants continuent d'éprouver des difficultés et ont plus de problèmes de comportement et d'attention que leurs camarades de classe. L'étude de Gittelman, Abikoff, Polack, Klein, Katz et Mattes (1980: voir Gomez et Cole, 1991) a démontré que la médication (*methylphenidate*) accompagnée d'une thérapie behaviorale a donné de meilleurs résultats. Ces deux thérapies combinées peuvent donc avoir un impact important sur l'amélioration des comportements et la réussite scolaire des enfants ADHD.

Pour leur part, les programmes d'entraînement destinés aux parents d'enfants ADHD poursuivent les objectifs

suivants: réduire les refus d'obéissance de la part des enfants; améliorer les habiletés parentales; favoriser les interactions positives entre parent et enfant à l'aide de stratégies bien établies. Toutefois, on ignore l'efficacité de ces programmes, car il existe très peu d'études encore sur les résultats de ces derniers (Brian et al., 1994).

On peut donc dire, en s'appuyant sur les conclusions de Barkley (1991), qu'aucun des traitements destinés aux hyperactifs n'est entièrement curatif quant aux symptômes du trouble ou, par ailleurs, que leurs effets n'ont pu être évalués. Leur valeur réside dans la réduction temporaire des symptômes ou dans celle des difficultés comportementales et émotionnelles telles que les comportements de défiance, les symptômes de la dépression, la faible estime de soi et l'abandon scolaire. Lorsque le traitement est supprimé, la force des symptômes réapparaît et peut même augmenter. Hinshaw, (1992) indique également que les études portant sur les interventions reprochent à la plupart des traitements une réduction seulement temporaire des symptômes, des difficultés de comportement et des difficultés émotionnelles.

L'ensemble des recherches cliniques ou épidémiologiques évoquées précédemment proposent divers modèles théoriques et explicatifs de l'hyperactivité et expérimentent ou suggèrent des interventions. Parmi les principaux modèles explicatifs rencontrés, nous retrouvons les modèles organiciste, écologique, behaviorale et cognitif. Le modèle organiciste soutient que l'hyperactivité est héréditaire. Il prône l'efficacité de la pharmacothérapie comme traitement. Le modèle écologique soutient l'hérédité c'est à dire l'incidence de la culture associée à ce trouble. Il reconnaît, d'une part, l'efficacité de la pharmacothérapie et, d'autre part, ses limites et la possibilité d'abus et de dépendance au médicament. De plus, ce modèle propose la nécessité d'ajouter à la pharmacothérapie une autre intervention de type psychosocial pour assister l'élève dans le développement de ses habiletés sociales et scolaires. Les modèles behaviorale et cognitif s'appuient sur la théorie de l'apprentissage social. Le modèle behaviorale propose la thérapie behaviorale qui a prouvé son efficacité seule et utilisés de pair avec la médication stimulante. Pour sa part, le modèle cognitif propose la thérapie cognitivo-behaviorale, laquelle n'a pas prouvé son efficacité.

Compte tenu des nombreux problèmes associés au trouble ADHD et du pronostic sévère qui lui est réservé, il semble donc indispensable de s'attarder à différents moyens pour venir en aide aux enfants atteints de ce trouble afin de leur permettre de résoudre leurs difficultés dans les domaines cognitif, psychologique, social et physique.

Toutefois, très peu de modes de traitement visent à la fois tous ces domaines de développement. C'est précisément pour atteindre ce but global que la pratique de l'équitation peut être préconisée et recommandée. Elle influence positivement plusieurs aspects du développement (social, cognitif, psychologique et physique) de l'être humain. Il s'agit donc d'une approche globale, c'est-à-dire qu'elle couvre tous les aspects du développement. Dans le cas de l'enfant présentant le trouble ADHD, l'équitation peut en arriver à diminuer les symptômes primaires et l'ensemble des difficultés associées qu'éprouvent l'hyperactif et c'est ce qui la rend des plus intéressantes. Nous allons voir, dans la partie suivante, ce que les vertus de l'équitation peuvent apporter à l'enfant ADHD.

3. EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE LA PRATIQUE DE L'ÉQUITATION

Les effets thérapeutiques de la pratique de l'équitation, les bienfaits résultant de cette pratique en rapport avec les symptômes et les problèmes associés au trouble ADHD ont été démontrés par plusieurs études. Nous allons d'abord considérer les bienfaits psychologiques et cognitifs, puis les bienfaits sociaux et, enfin, les bienfaits physiques. Nous présenterons ensuite les exercices et les activités à cheval qui, déjà testés auprès de clientèle présentant d'autres troubles, seraient susceptibles de réduire les symptômes de l'hyperactivité.

3.1 BIENFAITS PSYCHOLOGIQUES ET COGNITIFS

Cette section présente six bienfaits psychologiques et cognitifs que nous avons recensés: il s'agit de la diminution des difficultés d'apprentissage (Mayberry, 1978; Rousseau, 1972; Soulé, 1980); de progrès dans l'organisation spatio-temporelle (Dupuis et al., 1980-1981; Gobeil et Ouellet, 1985); de l'augmentation du

concept de soi (Carlson, 1983; Cawley et al., 1994); de l'amélioration de la confiance en soi (Bertoti, 1988; Dupuis et al., 1980-1981; Fox et al., 1984) du lieu de contrôle interne (Carlson, 1984) et du contrôle de soi (Bertoti, 1988; Dupuis et al., 1980-1981; Fox et al., 1984).

La participation à un programme d'équitation thérapeutique peut avoir des répercussions positives en ce qui concerne les difficultés d'apprentissage. Selon Soulé (1980), l'animal est un bon stimulant éducatif et peut faciliter l'apprentissage scolaire en soutenant l'intérêt vacillant de l'élève. Dans le même sens, Rousseau (1972) observe et pose l'hypothèse que les séances de rééducation par l'équitation chez des jeunes présentant une déficience intellectuelle légère apportent sur le plan pédagogique des occasions d'éveiller la curiosité, de parler, de se documenter, de s'enrichir (étude de l'historique du cheval, de son anatomie, de son rôle au cours des âges) (p. 89).

En 1975 également, dans une étude sur l'influence de l'équitation chez des enfants faisant preuve de difficultés d'apprentissage, Winter indique que:

"Children with learning disabilities have been found to benefit from riding in ways that include improved school performance and personality characteristics (Mayberry, 1978, p.194)."

Quant à Carlson (1983), il a étudié l'effet d'un programme d'équitation thérapeutique sur le concept de soi et sur l'orientation du lieu de contrôle chez une population d'élèves en difficultés d'apprentissage. Par suite de ces travaux, il ressort que le concept de soi ne s'améliore pas de manière statistiquement significative comparativement à l'hypothèse de départ. Toutefois, l'augmentation du lieu de contrôle interne soutient significativement l'hypothèse de départ:

It was concluded that a program of therapeutic horsemanship is a viable alternative method for increasing internal locus of control orientation in learning disabled students, and that reported favorableness of student experience in a riding program seems to be a significant factor in improving students' self-concepts (p.4124-B).

C'est aussi ce que révèle une étude récente sur le concept de soi chez des adolescents ayant des besoins spéciaux en matière d'éducation. Les recherches de Cawley, Cawley et Kristen (1994) démontrent une légère

augmentation du concept de soi, mais aucun changement statistique significatif. Toutefois, les auteurs remarquent une corrélation positive entre l'augmentation du concept de soi chez les élèves de treize ans et moins. Il pose l'hypothèse que le programme serait peut-être plus bénéfique s'il était offert le plus tôt possible après le moment où l'enfant a été identifié à risque. Pour leur part, Dupuis, Le François et Ménard (1980-1981); Fox, Lawlor et Luttges (1984); Bertoti (1988) observent une meilleure confiance en soi chez leurs sujets, tandis que Cazaubon (1975) mentionne l'acquisition du sens de la mesure et du contrôle de soi.

En ce qui a trait au niveau cognitif, des améliorations de l'organisation spatio-temporelle sont remarquées dans les études de Dupuis et al. (1980-1981) et de Gobeil et Ouellette (1985). Ils affirment, en outre, que tous leurs sujets ont bénéficié de l'apport cognitif offert par cette approche dans leurs difficultés de concentration et d'hyperactivité.

3.2 BIENFAITS SOCIAUX

Les bienfaits sociaux qu'apporte l'équitation méritent, tout autant que les précédents, d'être présentés. Des études soutiennent que l'équitation pratiquée en groupe permet la socialisation en favorisant l'intégration sociale et les interactions positives avec les pairs. Une citation qui soutient l'ensemble des conclusions de ces recherches en fait état. L'étude de Fox et al. (1984) porte sur l'évaluation de la progression chez 19 enfants handicapés ayant participé à un programme d'équitation thérapeutique. Elle conclut qu' un net progrès en ce qui concerne les interactions avec les autres a été observé. Par ailleurs, nous notons une augmentation des contacts entre les enfants dans l'étude de Gobeil et Ouellette (1985). Enfin, dans une revue de littérature concernant les recherches en matière d'équitation thérapeutique, DePauw (1986) relève, dans les études de Ringbeck (1982) et Deringe (1982), des changements positifs dans les comportements sociaux (augmentation des interactions positives avec les pairs) par suite de la participation à un programme d'équitation thérapeutique.

La citation suivante résume remarquablement les bénéfices sociaux que procure la pratique de l'équitation:

(...) The psychodynamics of relating with love to a large warm animal, the social organization of a group of riders, and the responsibility for providing basic care for a pony become a special set of experiences with deeper meanings for the child who is disturbed, self-destructive, hyperactive, passive, or withdrawn. Using a horse as a tool, a skilful instructor can be the key to guiding these children out of their world of anxiety, turmoil, and frustration, into one where they gave the opportunity to experience success and the companionship of their peers (...) (Mayberry, 1978. p.194).

6.3 BIENFAITS PHYSIQUES

Pour ce qui est des nombreux bienfaits physiques résultant de la pratique de l'équitation, ils ne doivent pas être négligés en raison de leur apport indéniable, le physique et le mental allant de pair... D'abord, les réactions d'équilibre sont améliorées chez tous les sujets où l'on tient compte de cette variable dans les études concernées. La pratique de l'équitation permet aussi l'amélioration de la coordination (Dupuis et al., 1980-1981; Fox et al., 1984; Gobeil et Ouellet, 1985), de la souplesse (Fox et al., 1984; Cazaubon, 1974), du

contrôle de la posture (Bertoti, 1988; Dupuis et al., 1980-1981; Fox et al., 1984), des habiletés de rotation (Bertoti, 1988), de la musculature (Dupuis et al. 1980-1981; Gobeil et Ouellette, 1985) et enfin de la motricité fine, de la dissociation, de l'ajustement tonique, de la latéralité et du rythme (Gobeil et Ouellette, 1985).

3.4 EXERCICES ET ACTIVITÉS À CHEVAL

La section suivante présente les exercices et les activités à cheval. Elle traite de l'activité que représente le pansage; des exercices de sensibilisation au corps de l'animal; des exercices d'assouplissement; de la position à cheval ainsi que de l'exercice de slalom et de l'exécution de figures de manège.

3.4.1 Le pansage

Le pansage permet l'établissement d'un premier contact avec le cheval. La préparation de celui-ci se fait de manière structurée et ritualisée; elle offre à l'enfant

un cadre stable et non contraignant. L'entretien, le pansage et les soins donnés au cheval se font de façon répétitive et dans un ordre bien déterminé. Il s'agit de commencer par étriller, puis brosser le cheval de l'encolure à la croupe, brosser les jambes, la crinière et la queue. L'installation de la selle consiste à placer le tapis de selle et la selle elle-même; à passer la sangle sous le ventre du cheval et à l'attacher aux sanglons. Pour mettre la bride, il faut passer les rênes par-dessus l'encolure, enlever le licou, mettre le mors dans la bouche du cheval et passer la bride par-dessus ses oreilles, attacher la muserolle et le sous-gorge, ce qui ne se fait pas sans efforts, tant physiques que psychologiques.

Cette routine peut répondre aux besoins de l'enfant qui a du mal à s'organiser, qui éprouve une incapacité à continuer une même action et à soutenir un rythme régulier. Elle peut l'aider à surmonter ses difficultés d'attention. D'une part, elle permet d'établir un équilibre face au besoin excessif de supervision et d'encadrement de l'enfant. D'autre part, elle permet d'acquérir la capacité à s'organiser. Après un certain temps, lorsque l'enfant sera plus expérimenté, il sera en

mesure d'exécuter sa routine avec moins de supervision et, par le fait même, d'obtenir un certain niveau d'autonomie. Cette démarche d'apprentissage demande de suivre des étapes pré-établies avant d'arriver au but et exige de la discipline. Elle confronte l'enfant impulsif dans son besoin de gratification immédiate, l'amène doucement à gagner un plus grand contrôle de lui-même tout en acquérant la maîtrise du cheval. Cette activité requiert de l'attention et de la vigilance de la part de l'enfant, car il s'agit de la manipulation d'une grosse bête. De plus, il doit respecter les règles établies pour assurer sa sécurité.

3.4.2 Exercices de sensibilisation au corps

Les exercices de sensibilisation au corps permettent à l'enfant de se sensibiliser à ses perceptions de lui-même et de l'animal et d'établir un bon contact avec le cheval. Selon Studley (1995), instructrice certifiée enseignant l'équitation à des enfants qui démontrent un déficit de la capacité d'attention, des exercices de sensibilisation au corps permettent, par l'exploration, de sensibiliser l'enfant à ses propres perceptions et à

celles de l'animal, d'établir un climat de confiance fondamentale et un degré d'aisance appréciable avec le cheval. Un premier exercice consiste à laisser l'enfant comparer ses mensurations à celles de l'animal, observer sa longueur et sa largeur. L'enfant doit être conscient des proportions de son corps par rapport à celles du cheval lorsqu'il se tient près de lui.

Un deuxième exercice de sensibilisation au corps se réalise sur le cheval. Il s'agit pour l'enfant de s'étendre sur l'animal, de s'asseoir, de tendre les bras dans n'importe quelle direction, à l'arrêt et au pas. Cet exercice s'effectue les yeux ouverts et les yeux fermés, en ligne droite et en contournant des obstacles. Le cavalier apprend en même temps à diriger son cheval et à le faire tourner à gauche et à droite, en prenant différentes positions. Une fois ces deux exercices réalisés, Studley propose de laisser du temps aux enfants afin qu'ils puissent décrire les positions qu'ils ont trouvées étranges ou difficiles, exprimer leurs impressions par rapport au corps du cheval et imaginer ce que ce dernier doit ressentir à son tour.

3.4.3 Exercices d'assouplissement

Les exercices d'assouplissement s'effectuent au début de la séance d'équitation; ils permettent au cavalier de se décontracter et le rendent dispos avant d'entreprendre la séance. Ces exercices permettent de diminuer le symptôme d'hyperactivité par la décontraction musculaire qu'ils procurent et par l'esprit de détente dans lequel ils sont abordés. Selon De Lubersac et Lallery (1973):

pour arriver à un travail en harmonie et *décontraction*, la pratique d'exercices appelés "d'assouplissement" en équitation courante, mais qui sont en réalité des exercices de "décontraction" effectués à cheval, a pour but de détruire les contractions inutiles et nuisibles, de combattre des positions défectueuses amenant à l'inconfort et d'obtenir une complète indépendance des différentes parties du corps, préparant au bon usage des fonctions de coordination et de dissociation nécessaires à la conduite du cheval (...) (p.17).

Voici quelques exemples d'exercices d'assouplissement²:

- Rotation de la tête: faire une flexion de la tête vers l'avant et de petites rotations vers la gauche et vers la droite. Permet d'assouplir le cou.

² Exercices tirés de Carignan, S. et Dupuis J-C. (1980). *Initiation à l'équitation*. Saint-Lambert: Les Éditions Héritages.

- Toucher aux oreilles et à la queue du cheval: toucher aux oreilles du cheval, retour en selle, toucher à la queue. Alternier avec la main droite et la main gauche. Permet d'assouplir le tronc.
- Rotation des bras: (un bras à la fois) le bras bien tendu, rotation vers l'avant et vers l'arrière à un rythme régulier, en gardant la tête bien droite. Permet d'assouplir l'articulation de l'épaule.
- Rotation des pieds: rotation des pieds en s'efforçant de ne pas bouger la jambe. Permet d'assouplir les chevilles.

3.4.4 Position à cheval

Tout autant que les exercices d'assouplissement, la position à cheval peut sembler ne solliciter que l'aspect physique du cavalier mais, en réalité, elle fait aussi appel aux aspects psychologique et cognitif. La position que le cavalier doit adopter sur le cheval, si importante en équitation, requiert attention et discipline. Chez le jeune hyperactif, l'apprentissage de la position adéquate permettra de travailler à diminuer les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. " (...) stabiliser la

position du cavalier est un des premiers éléments dont on doit tenir compte en équitation thérapeutique (...). Le but consiste toujours à maximiser l'effet thérapeutique que produit le mouvement du cheval en harmonie avec la position du corps " (Studley, 1995, p.10).

Voyons comment le symptôme d'hyperactivité peut être diminué par la pratique de l'équitation. La position que le cavalier adopte lorsqu'il est sur son cheval et le mouvement de balancement de celui-ci permet une décontraction psychosomatique qui peut avoir un effet favorable sur l'agitation psycho-motrice de l'enfant hyperactif. Dans sa thèse de médecine intitulée: Contribution à l'étude des problèmes médico-physiologiques en matière d'équitation (Équitation et décontraction), Cazaubon (1975) arrive à la conclusion suivante:

Au terme de cette étude sur le cavalier à cheval, nous retiendrons les idées suivantes:

- sur le plan psychologique, la notion d'équitation implique le sens de la mesure et du contrôle de soi;
- l'attitude du cavalier à cheval correspond à un maximum de confort physiologique;

- l'activité neuro-articulaire intéresse tout le corps avec une prédominance de la région lombo-sacrée, et elle se fait toujours dans les limites largement physiologiques avec un minimum de participation musculaire;

- la stabilité ne naît pas et ne peut pas naître du recours à la force, mais d'une mise en ordre et d'une discipline musculaire qui assurent un fonctionnement synchronique duquel émane une grande souplesse.

Pour ces raisons, l'équitation est une source de décontraction psychosomatique avec de réelles possibilités thérapeutiques (p.14-172).

Par ailleurs, Gobeil et Ouellet (1985) prétendent que l'agitation de l'enfant peut et se doit d'être maîtrisée:

Il prend rapidement conscience qu'en bougeant ou gesticulant, il rend le cheval nerveux et le fait agir de façon imprévisible. Le jeune doit donc s'appliquer à se calmer et apprendre les gestes adéquats pour contrôler son cheval et en retirer des satisfactions (p.72).

En ce qui concerne le symptôme d'impulsivité, il sera diminué, d'une part, par l'apprentissage du contrôle de soi, qui est essentiel dans la pratique de l'équitation. Selon Gobeil et Ouellette, l'enfant arrive à un contrôle de soi d'abord, au contrôle de ses émotions ensuite, au contrôle de son corps et, pour terminer, au contrôle du cheval (par le biais des techniques enseignées). D'autre

Page manquante

Ces exercices sont obligatoires lorsque le cavalier fait l'apprentissage du contrôle de son cheval. Ils exigent de l'apprenant qu'il jette un regard attentif à ce qu'il fait, donc qu'il soutienne sa capacité d'attention. Ce sont des exercices simples, mais intéressants; ils permettent une compréhension facile et suscitent l'intérêt de l'enfant. De Lubersac et Lallery (1973) expliquent l'exercice de slalom de la façon suivante:

On dispose sur la piste du milieu une série de chandeliers ou plots que chaque cavalier devra contourner en marchant au pas. La difficulté peut être augmentée en modifiant l'aspect des objets à contourner (p.134).

Pour une meilleure compréhension de l'exécution des figures de manège (voir ces dernières en Annexe 2, p.73), voyons les éléments que ces exercices permettent de développer:

La motricité fine et globale

Gobeil et Ouellette (1985) indiquent que la mobilité du corps humain est sollicitée lors de la pratique de l'équitation. Afin de s'adapter au cheval, les mouvements doivent se coordonner. Pour mettre ce dernier au pas, le cavalier doit ajuster ses rênes. Ensuite, il fait une légère pression de la jambe sur le corps du cheval et, si

le cheval ne répond pas, il doit effectuer un petit battement de talon afin de provoquer le mouvement vers l'avant. La tenue des rênes joue un rôle important dans la conduite du cheval. Pour contourner les obstacles du slalom ou effectuer une figure, le cavalier doit intervenir le plus légèrement possible lorsqu'il demande un tournant, une accélération ou un ralentissement. De plus, il doit effectuer un mouvement de pronation sans bouger le reste de son corps et doit continuellement regarder en avant pour mieux diriger sa monture et prévoir le chemin à emprunter.

La coordination motrice

Gobeil et Ouellet (1985) prétendent que "la conduite adéquate du cheval est soumise à l'ensemble coordonné de toutes les dissociations segmentaires; mains, bras, bassin, poitrine, jambes, pieds et tête entrent en jeu dans l'exécution des mouvements désirés" (p.55).

Pour contourner un obstacle du slalom ou pour exécuter une figure, le cavalier demande à son cheval de tourner; il doit simultanément créer une tension en bloquant la rêne, exercer une pression de la jambe et tourner la tête du côté où il se dirige.

Page manquante

permettrait à l'enfant ADHD de réduire ses difficultés d'ordres développemental, comportemental, émotionnel et social et de profiter de moments de joie et de bien-être.

Tel que nous l'avons vu au cours de cette partie, l'équitation permettrait de réduire les symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité, d'inattention et d'enrayer certains problèmes associés à ce trouble. Il a notamment été démontré par les études, pour ce qui est des aspects psychologique et cognitif, que la pratique de l'équitation facilite l'apprentissage scolaire et augmente le lieu de contrôle interne. De plus, elle permet d'augmenter le concept de soi, la confiance en soi et le contrôle de soi. Enfin, elle permet des améliorations de l'organisation spatio-temporelle et de la concentration. Sur le plan social, elle favorise la socialisation, les interactions positives avec les pairs et des changements positifs dans les comportements sociaux. Enfin, sur le plan physique, elle développe l'équilibre, la coordination, la souplesse, le contrôle de la posture, les habiletés de rotation, la musculature, la motricité fine, la dissociation, l'ajustement tonique, la latéralité et le rythme. C'est pour l'ensemble des bienfaits que permet l'équitation à des fins rééducatives

que ce nouveau moyen d'intervention gagne à être connu et mérite d'être développé et traité davantage par des intervenants de toutes disciplines.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un essai théorique. Elle a tenté de vérifier si l'équitation pouvait être un moyen de traitement susceptible d'aider les enfants ADHD. Après avoir défini les différentes approches où le cheval est utilisé comme médium thérapeutique, et présenté le trouble ADHD, de même que les effets observés et le déroulement des séances de thérapies dans un contexte rééducatif, nous arrivons aux conclusions suivantes.

L'utilisation du cheval comme médium thérapeutique auprès d'une clientèle d'enfant ADHD semble être un moyen efficace pour prévenir, ralentir ou empêcher l'évolution du trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHD).

Toutefois, nos attentes vis-à-vis de ce moyen de traitement doivent être pondérées et réalistes. Nous croyons que la réussite dépend, en grande partie, de la structure du plan de traitement. C'est-à-dire qu'il est

essentiel d'élaborer un programme rigoureux, stimulant et prolongé s'appuyant sur une méthodologie d'intervention comprenant différentes opérations telles que l'observation, l'évaluation, la planification, l'organisation, l'animation et l'utilisation de l'événement¹.

De plus, à partir de l'observation des résultats des études sur les interventions mentionnées antérieurement, nous proposons que cette forme de thérapie s'effectue en parallèle avec une autre modalité de traitement tel que la pharmacothérapie pour atteindre un maximum d'efficacité. Lors de recherches ultérieures, il serait intéressant de faire des expériences, avec ce médium thérapeutique, en l'associant à d'autres modalités de traitement et d'évaluer par la suite son degré d'efficacité lorsqu'il est utilisé seul ou de concert avec une autre forme de thérapie.

Pour ce faire, il faudrait élaborer une façon de mesurer le comportement de l'hyperactif avant et après l'application du programme de traitement, qui inclut

¹ Principe appliqué par l'Association des psychoéducateurs du Québec Inc.

nécessairement un système d'évaluation mais aussi un système de reconnaissance pour maximiser la conservation et le transfert des acquis. En effet, l'absence de recherches portant sur la généralisation et le maintien des acquis dans le temps est une limite importante de ce moyen d'intervention qui nous laisse dans l'ignorance quant aux suites du traitement.

Il est facile de comprendre que le but ultime de tout programme de traitement est l'obtention de gains thérapeutiques qui se maintiennent après le traitement et se généralisent à d'autres aspects de la vie quotidienne. Une participation active des parents et du milieu scolaire au traitement de l'enfant (la collaboration entre les différents intervenants) pourrait bien être un moyen efficace afin de permettre la généralisation des acquis. Pour terminer, nous proposons une méthodologie qui permettrait d'évaluer l'impact à long terme de ce type d'intervention. Cette méthodologie consiste à vérifier, à l'aide d'un test comprenant des éléments acquis lors du programme de traitement (par exemple: contrôle de soi, capacité de concentration, organisation spatio-temporelle), si ces éléments se maintiennent dans la vie quotidienne à l'école et à la maison. Ce même test

devra être administré à trois reprises c'est à dire trois mois, six mois et neuf mois après que le programme de traitement soit terminé. Cette méthodologie permettra de vérifier si il y a réellement maintien des acquis.

RÉFÉRENCES

Abikoff, H., Klein, R. (1992). Attention-Deficit Hyperactivity and Conduct Disorder: Comorbidity and Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 881-892.

American Psychiatric Association. (1989). DSM III-R, *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*. Paris: Masson. (version originale 1987).

Association nationale HANDI-CHEVAL. (1995). *Activités équestres. Handicaps et inadaptations*. Parthenay Cedex.

Barkley, R. (1991). Diagnosis and Assessment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Comprehensive Mental Health Care*, 1, 1, 27-43.

Barkley, R., Fisher, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria-III. Mother-Child Interactions, Family Conflicts and Maternal Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 32, 2, 233-255.

Bertoti, D. (1988). Effect of Therapeutic Horseback Riding on Posture in Children with Cerebral Palsy. *Physical Therapy*, 68, 10, 1505-1512.

Biederman, J., Newcorn, J. et Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder With Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 564-577.

Brian, P., Frederick, Olmi, J. (1994). Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of the Literature on Social Skills Deficits. *Psychology in the schools*, 31, 288-294.

Carignan, S. et Dupuis, J.C. (1980). *Initiation à l'équitation*. Saint-Lambert: les Éditions Héritages.

Carlson, E. (1983). The Effects of a Program of Therapeutic Horsemanship on the Self-Concept and Locus of Control Orientation of the Learning Disabled. *Dissertation Abstracts International*. 43, 12, 4123-B-4124-B.

Cawley, R., Cawley, D., & Kristen, R. (1994). Therapeutic Horseback Riding and Self-Concept in Adolescent with Special Educational Needs. *Anthroozoos*, 7, 2, 129-134. ↑
Page 2
p. 129-134.

Cazaubon, Georges. (1975). Problèmes médico-physiologiques en matière d'équitation. (Équitation et décontraction). *Médecine du sport*. 4, 6-164-14-172. X

De Lubersac, R. & Lallery, H. (1973). *La rééducation par l'équitation*. Paris: Éditions Crépin-Leblond.

DePauw, K. (1986). Horseback Riding for Individuals with Disabilities: Programs, Philosophy, and Research. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3, 217-226.

Dubé, Robert. (1992). *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*. Boucherville: Édition Gaëtan Morin.

Dupuis, J.C., Le François, C. et Ménard, D. (1980-1981). Le handicapé physique et le cheval. *Cahiers pédagogiques*, 6, 45-59. X

Engel, B. (1992). Dans *Therapeutic Riding Programs: Instruction and Rehabilitation*. Durango: Barbara Engel Therapy Services.

Frederick, B., & Olmi, J. (1994). Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of the Literature on Social Skills Deficits. *Psychology in the Schools*, 31, 288-294.

Fisher, M., Barckley, R., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: II. Academic, Attentional, and Neuropsychological Status. *Journal of Consulting Psychology*. 58, 5, 580-588

Fox, M., Lawlor, V. & Luttges, M. (1984). Pilot Study of Novel Test Instrumentation to Evaluate Therapeutic Horseback Riding. *Adapted Physical Activity Quaterly*, 1, p.30-36

Gittelman, E., Mannuzza, S., Shenker, R., & Bonogura, N. (1985). Hyperactive Boys Almost Grown up. *Archive of General Psychiatry*, 42, 937-947

Glassow, B. (1985). *Les principes de la thérapie neuro-évolutive (NDT) et le développement normal appliqué aux progrès de l'hippothérapie*. Rapport présenté au 5e congrès international sur l'équitation thérapeutique. Milan, Italie.

Gobeil, E. et Ouellet, R. (1985). *Rééducation de l'enfant carencé relationnel par l'équitation*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal, Montréal.

Gomez, K. et Cole, C. (1991). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Review of Treatment Alternatives. *Elementary School Guidance & Counseling*, 26, 106-113.

Heipertz, W. et al. (1981). *Therapeutic Riding*. (Trad.: Marion Takeuchi). Ottawa: Greenbelt Riding Association for the Disabled.

Hinshaw, S. (1992). Academic Underachievement, Attention Deficits, and Aggression: Comorbidity and Implications for Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 893-903.

Hinshaw, S., Lahey, B. et Hart, E. (1993). Issues or Taxonomy and Comorbidity in the Development of Conduct Disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.

Kenneth, J., et Nay, S. (1989). Locus of Control in Children with Learning Disabilities and Hyperactivity: A Subgroup Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 6, 381-383.

Kroger, A. (1985). *Voltiges et équitation thérapeutique*. Rapport présenté au 5 congrès international sur l'équitation thérapeutique. Milan, Italie.

Lufi, D., et Parish-Plass, J. (1995). Personality Assessment of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 1, 94-99.

Medical section. (1985). Canadian Therapeutic Riding Association.

Rousseau. (1972). *Valorisation des débiles légers*. Dans H. Lallery (président), deuxièmes journées nationales de rééducation par l'équitation. Paris.

Schwiebert, V., Sealander, K., et Tollerud, T. (1995). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: an Overview for School Counselors. *Elementary School Guidance & Counseling*, 29, 249-259.

Searight, R., Nathlik, J., et Campbell, D. (1995) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Assesment, Diagnosis, and Management. *The Journal of Family Practice*, 40, 3, 270-279.

Soulé, M. (1980). *L'animal dans la vie de l'enfant*. Paris: Les Éditions E.S.F.

Spink, J. (1985). *L'équitation et les handicapés: une approche par catégorie*. Rapport présenté au 5e congrès international sur l'équitation thérapeutique. Milan, Italie.

Weiss, G., Minde, K., Werry, J., Douglas, V., et Nemeth, E. (1971). Studies on the Hyperactive Child. *Archive of General Psychiatry*, 24, 409-414.

ANNEXE 1

LISTE DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE D'HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (DSM III-R)

Critères diagnostiques du Trouble : Hyperactivité avec déficit de l'attention 314.01

N. B. : Il faut considérer que le critère est rempli seulement si le comportement décrit est beaucoup plus fréquent que chez la plupart des sujets de même âge mental.

A. Perturbation persistant au moins six mois, au cours de laquelle on retrouve au moins huit des signes suivants :

- (1) agite souvent ses mains et ses pieds ou se tortille sur sa chaise (chez les adolescents, ce signe peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation)
- (2) a du mal à rester assis quand on le lui demande
- (3) est facilement distrait par des stimuli externes
- (4) a du mal à attendre son tour dans les jeux ou les situations de groupe
- (5) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser
- (6) a du mal à se conformer aux directives venant d'autrui (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension), p. ex. ne finit pas les corvées
- (7) a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (8) passe souvent d'une activité inachevée à une autre
- (9) a du mal à jouer en silence
- (10) parle souvent trop
- (11) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (p. ex. : fait irruption dans les jeux d' autres enfants)
- (12) a souvent l'air de ne pas écouter ce qu'on lui dit
- (13) perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités à l'école ou à la maison (p. ex. : jouets, crayons, livres, devoirs)
- (14) se lance souvent dans des activités physiques dangereuses sans tenir compte des conséquences possibles (et non pour l'amour du risque), p. ex. : traverse la rue sans regarder.

N. B. : Les items cités ci-dessus sont classés par ordre décroissant selon leur valeur discriminante pour le diagnostic des Comportements perturbateurs d'après les données d'une étude nationale sur le terrain des critères du DSM III-R

B. Survenue avant l'âge de sept ans

C. Ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement

Critères de sévérité du Trouble : Hyperactivité avec déficit de l'attention

Léger : peu ou pas de symptômes autres que ceux nécessaires au diagnostic et peu ou pas de handicap du fonctionnement scolaire et social

Moyen : les symptômes ou le handicap fonctionnel sont intermédiaires entre graves et légers

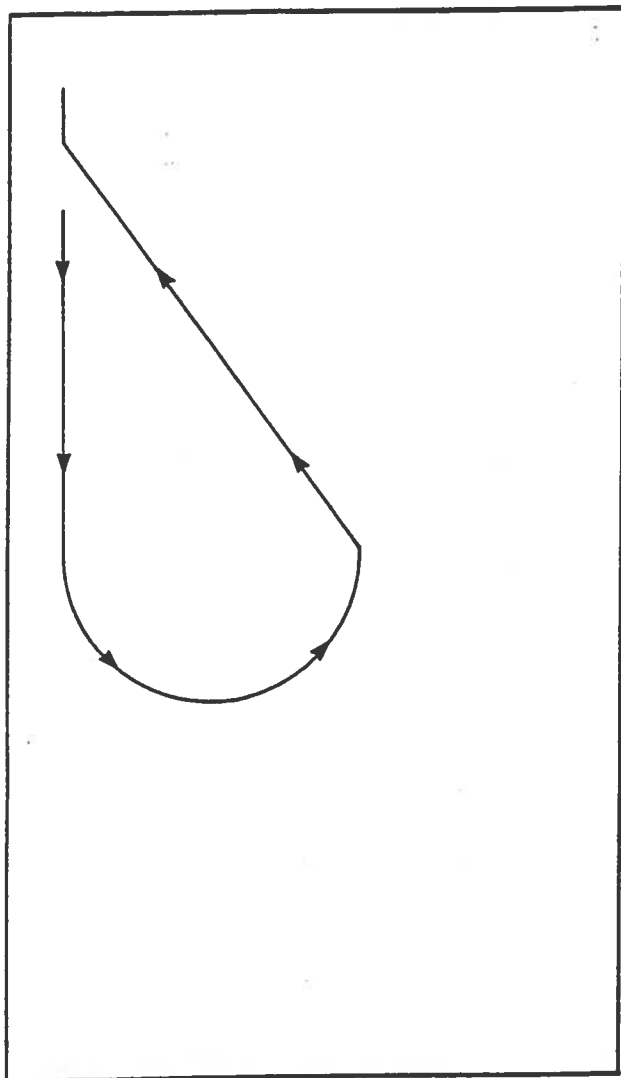
Sévère : il existe de nombreux symptômes autres que ceux nécessaires au diagnostic, et une altération significative et généralisée du fonctionnement à la maison, à l'école et avec les camarades.

ANNEXE 2

FIGURES DE MANÈGE (Initiation à l'équitation, 1980)

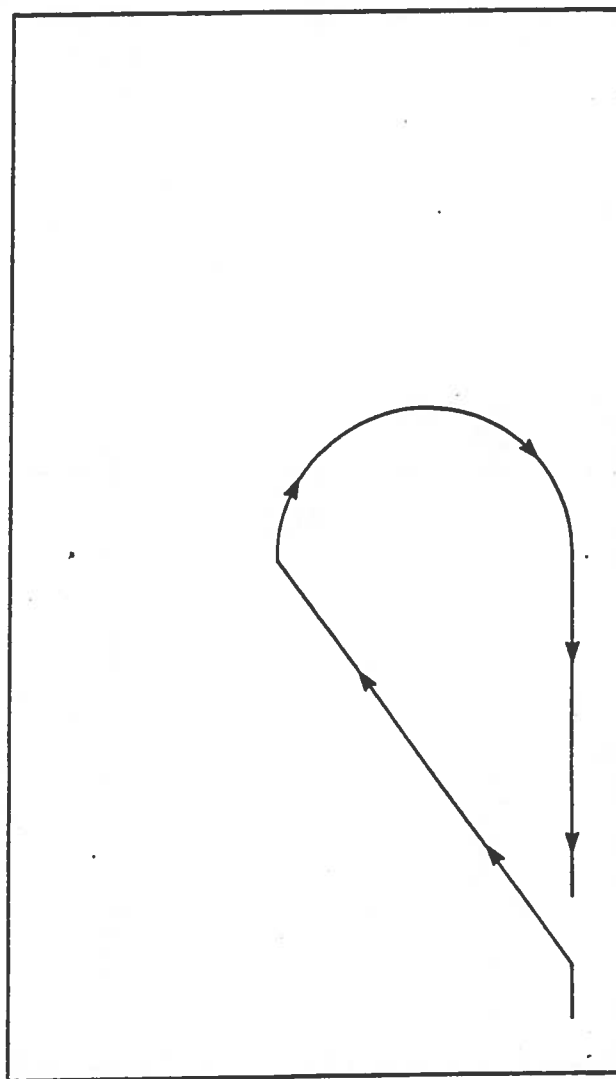
(6) Demi-volte

La demi-volte nous permet de changer de main. D'abord, on commence par effectuer notre volte; arrivé au centre du manège, au lieu de compléter cette figure, on revient en piste à la main inverse en utilisant une oblique.



(7) Demi-volte renversée

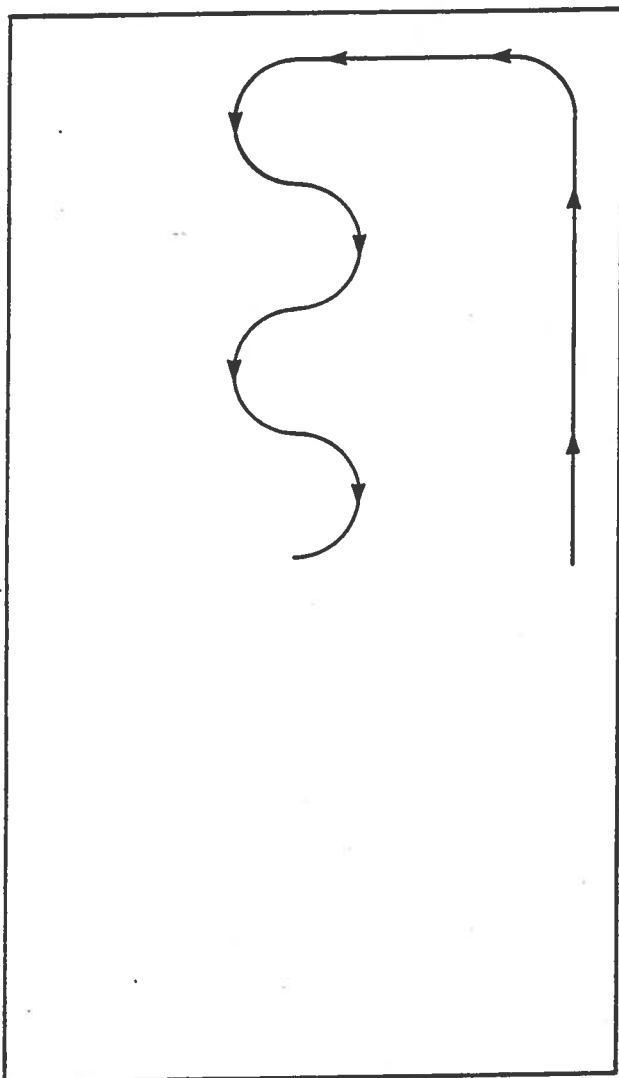
Cette figure comme la précédente nous amènera à changer de main. Nous commençons donc par nous rendre au centre du manège, sur une trajectoire oblique, pour ensuite revenir sur la piste à l'autre main en effectuant une demi-volte.



ANNEXE 2 (SUITE)

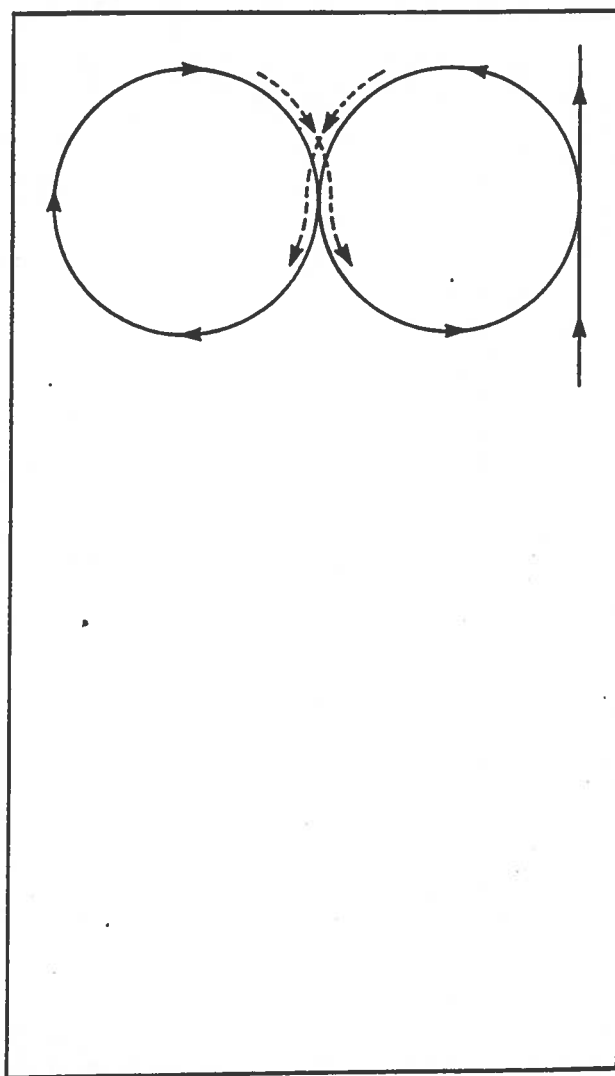
(8) La serpentine

Figure de manège qui adopte la ligne sinueuse du serpent. Toutes les demi-boucles devraient être égales et régulières.



(9) La figure de huit

La figure de huit comprend deux voltes égales qui accolées l'une à l'autre forment un huit.



ANNEXE 3

MANÈGE
(Therapeutic riding programs, 1992)

